

## SANTE MENTALE ET MIGRATION VERS LA VILLE

*René COLLIGNON, Momar GUEYE*

Le thème que les organisateurs de ces journées nous ont proposé d'aborder -santé mentale et migration vers la ville-, a fait couler déjà beaucoup d'encre de par le monde. Il recoupe souvent dans la littérature, surtout lorsque celle-ci porte sur les pays en développement et l'Afrique en particulier, cet autre thème bouteille à encore : l'*acculturation*. Les psychiatres et les chercheurs en sciences sociales ont produit une profusion de textes à ce propos; textes aux approches théoriques et méthodologiques variées mais partant, surtout pour les premiers, le plus souvent d'une réflexion sur la clinique en milieu hospitalier. Nous n'envisagerons pas aujourd'hui cette documentation qui est disponible à qui souhaite s'y reporter<sup>(1)</sup>.

Nous vous proposons plutôt de porter notre attention vers une démarche plus apte peut être à rencontrer les préoccupations de ceux qui se situent dans une perspective de santé publique, puisqu'aussi bien la santé mentale constitue également un problème de santé publique.

C'est certes au prix d'une certaine évolution du concept d'épidémiologie qu'on peut parler d'*épidémiologie psychiatrique*. Pour ce qui concerne la psychiatrie francophone l'intérêt pour une approche épidémiologique des problèmes de santé mentale s'est manifesté relativement récemment. Roger BASTIDE (1965, 1971) a joué un rôle majeur dans l'ouverture à cette problématique en France. Depuis, si pour les professionnels de la santé mentale se soucier :

1) d'«évaluer la prévalence de différents types de maladies mentales dans une population pour jeter les bases de la prévention et du traitement de ces maladies;

---

(1) Témoignent de cette profusion, pour le seul exemple du Sénégal, les travaux de l'équipe pluridisciplinaire animée par Henri Collomb de 1959 à 1978 autour de la clinique psychiatrique du CHU de Fann-Dakar. Se reporter à l'entrée «acculturation» de l'index thématique (p. 303) de la bibliographie commentée : «Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar», *Psychopathologie africaine*, 1978, XIV, 2/3.

- 2) découvrir les liens entre certaines caractéristiques d'une population et les maladies mentales dans l'espoir de préciser l'origine des troubles mentaux;
- 3) vérifier des hypothèses étiologiques émises à la suite de travaux de laboratoire ou d'études cliniques;
- 4) évaluer les taux de guérison spontanée pour juger de l'efficacité des mesures préventives et thérapeutiques»<sup>(1)</sup>.

constituent autant d'objectifs d'investigation dont ils mesurent l'intérêt pour leur pratique, ils n'en produisent pour autant que fort rarement une telle approche qui se donne les moyens méthodologiques et conceptuels propres à la fonder.

Cependant avec le temps les outils épidémiologiques mis à la disposition du psychiatre (du côté de l'INSERM notamment) pour établir la fréquence et la répartition des troubles mentaux au sein d'une population et tenter de mettre en relation l'occurrence de cette morbidité avec des variables socio-démographiques et environnementales, se sont affinés<sup>(2)</sup>. Le mouvement s'est accéléré par la mise en place sous l'égide d'organismes comme l'OMS de vastes enquêtes comparatives dans diverses régions du monde recourant à des méthodes d'évaluation psychiatrique normalisées. Ces travaux épidémiologiques et transculturels sont dans le prolongement des recherches menées autour du Dr Wing du Medical Research Council, Social Psychiatric Unit de l'Institut Psychiatrique de Londres depuis une vingtaine d'années. Ces recherches ont débouché notamment sur un protocole d'examen psychiatrique standardisé (le PSE : *present state examination*)<sup>(3)</sup> qui a connu de multiples éditions et fait la preuve de son opérationnalité dans plusieurs enquêtes comparatives internationales (l'étude pilote sur la schizophrénie de l'OMS 1973 constitue à cet égard un moment historique).

Par ailleurs, l'initiative de l'American Psychiatric Association, de proposer une nomenclature expérimentale qui privilégie un modèle syndromique au nom d'une approche pragmatique qui permettrait de tourner les difficultés inhérentes à la diversité des théories étio-pathogéniques à travers le monde, a débouché début des années quatre-vingt sur la diffusion mondiale du DSM-III (le Diagnostic and Statistical Manual des troubles mentaux dans sa troisième version, 1983). Cette tentative qu'on ne pourra désormais ignorer, pose évidemment de nombreux problèmes dont l'un des moindres n'est sans doute pas la volonté d'a-théorisme qui préside à l'entreprise<sup>(4)</sup>. Affaire à suivre !

Mais revenons à l'Afrique. Les travaux méritant vraiment la qualification d'étude

(1) On aura reconnu les objectifs qu'assignent à l'approche épidémiologique deux experts en santé mentale de l'OMS (LIN & STANLEY 1963).

(2) voir par exemple les ouvrages de : REID 1960, SADOON 1968, KRAMER 1970, KREITMAN 1974 etc.

(3) WING J.K., COOPER J.E. & SARTORIUS N. 1974.

(4) L'entreprise recueille un certain consensus international mais suscite également de nombreuses réactions critiques dont certaines très vives. A titre illustratif on pourra consulter la publication des travaux d'une table ronde (préparée par le Dr Michel Silvestre) des Colloques d'hiver de la Fondation du Champ freudien, tenus à Paris, en février 1985 et rassemblant Bertrand SAMUEL-LA JEUNESSE, René OLIVIER-MARTIN, Daniel GINESTET, Pierre SIMON et Roger WARTEL *Autour du DSM III* (in *La querelle des diagnostics* 1986 : 123-147). On lira également la remarquable contribution dans le même volume du professeur Georges LANTERI-LAURA : «L'empirisme et la sémiologie psychiatrique» (1986 : 149-173).

épidémiologique sont très rares ici. Ils nécessitent généralement le recours à des équipes pluridisciplinaires et des moyens mobilisant la participation d'organismes internationaux et la coopération de structures de recherches universitaires rarement réunis.

L'étude pionnière en Afrique noire -*the Cornell-Aro Mental Health Research Project in the Western Region, Nigeria*- est celle, exemplaire, mise sur pied au début des années soixante dans 15 villages yoruba proches de la ville d'Abeokuta au Nigeria par une équipe mixte américano-nigérienne associant des chercheurs de l'Université Cornell et de l'Université d'Ibadan sous la direction des professeurs Alexander H. LEIGHTON et T. Adeoye LAMBO (1963).

Deux tentatives plus récentes ont vu le jour au Sénégal concernant la même région rurale sereer : l'arrondissement de Niakhar dans le Sine. La première s'inscrivait dans le cadre d'une vaste enquête «Santé migration et urbanisation» (1970-1973) menée par des équipes de recherches associées de l'OMS, du Centre de Recherche Psychopathologique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar, et de l'ORSTOM.

La seconde (1975-1979) s'inscrivait dans le contexte d'une étude concertée de l'OMS visant à introduire les soins de santé mentale dans les services de santé primaire des zones rurales d'une série de pays participant à l'enquête. Bien que nous ayons personnellement participé aux enquêtes épidémiologiques de base de cette étude, nous ne la citerons que pour mémoire - puisqu'elle ne concernait que le milieu rural- en signalant qu'elle utilisait une méthodologie d'enquête, mise au point au sein du bureau de la santé mentale<sup>(1)</sup> de l'OMS, que les enquêtes sur le terrain ont contribué à valider et affiner.

Au Sénégal donc, la seule étude épidémiologique disponible abordant de front la question de la santé mentale dans ses rapports avec la migration en milieu urbain est celle qui associait OMS/Université de Dakar/ORSTOM. Cette recherche appliquée se proposait de comparer deux échantillons ruraux et urbains du triple point de vue socio-démographique, de la santé physique et mentale et enfin de l'habitat-hygiène. L'analyse de l'échantillon urbain était conçue de façon à permettre de déterminer les conditions d'adaptation à la vie urbaine des migrants.

L'étude comparative a porté sur un groupe de 300 Sereer en milieu rural (composé d'un échantillon représentatif stratifié par sexe de 25 adultes dans 12 des 65 villages de l'arrondissement de Niakhar) et sur un échantillonnage urbain de 269 Sereer migrants originaires de la même zone rurale et vivant dans quatre quartiers préférentiels. La différence majeure entre les deux groupes concerne l'âge : l'échantillon urbain est plus jeune, le phénomène migratoire touchant rarement les quinquagénaires. Pratiquement,

---

(1) L'actuel directeur du Bureau de la santé mentale, le Dr Normal Sartorius a participé aux travaux de l'équipe de recherches autour du Dr Wing évoqué plus haut. Trois articles présentant l'étude concertée de l'OMS sur les stratégies pour l'extention des soins de santé mentale et les résultats des travaux de l'équipe sénégalaise ont été publiés dans *Psychopathologie africaine* (1976, XII, 2 : 173-188; 1979, XV, 1 : 5-28 et 1980, XVI, 1 : 5-20).

pour des raisons diverses, le questionnaire de santé mentale, associé à un questionnaire socio-démographique, soumis en sereer par les psychiatres (et leurs interprètes) n'ont porté que sur 254 sujets ruraux et 214 sujets urbains par ailleurs soumis à une série d'examens physiques et de laboratoire (dosages divers dont : hémoglobine, hématoците, cholestérol, glucose sanguin, urée, taux de protides sanguins, transaminases, analyse d'urines) assurés par différents spécialistes de la Faculté de Médecine de Dakar.

Les chercheurs entourant le Dr Morton Beiser, du département des sciences du comportement de Harvard School of Public Health à Boston et le professeur Henri Collomb à Dakar, ont présenté le détail de la méthodologie mise en oeuvre dans un article paru en 1976 (BEISER et al., 1976). L'analyse factorielle des questionnaires santé mentale a dégagé quatre dimensions que les auteurs ont intitulé respectivement :

- 1) *Physiological Anxiety* (renvoyant surtout aux signes et manifestations physiologiques de l'anxiété);
- 2) *Topical Depression* (associant une série d'items où dominant l'expression des soucis à propos de l'argent et de la famille et les signes habituellement associés au syndrome clinique de la dépression);
- 3) *Health Preoccupation* (subsumant l'expression des préoccupations concernant la santé);
- 4) *Acute Anxiety Attacks* (les crises d'anxiété aiguë).

Les échelles se sont vu assigner un poids égal et ont été soumises à un test de validité.

Pour mesure l'acculturation du sujet à l'environnement urbain, les auteurs ont élaboré une échelle selon les indicateurs suivants :

- 1) le sujet parle ou non le français;
- 2) il lit ou non la presse francophone;
- 3) il préfère les distractions et les loisirs de type occidental (cinéma, boîtes de nuit) aux loisirs traditionnels (thé, palabre, etc..)
- 4) il s'habille à l'occidentale quand il se rend au village.

Pour les hommes interrogés, les trois premiers items entretenaient des relations telles qu'il a été permis de construire une échelle de Guttman (c'est-à-dire que si le sujet préfère le cinéma et les distractions occidentales, il parle également français et lit les journaux francophones). Ce trait unidimensionnel chez les hommes, que les auteurs appelle *acculturation* n'a pu être dégagé chez les femmes. Les auteurs distinguent dans le groupe féminin de l'échantillon urbain quatre sous groupes différents :

- 1) celles qui aspirent à des modèles européens, mais ne disposent pas des moyens de les réaliser (faute de parler français);
- 2) celles qui restent attachées à la tradition, ne désirent pas les distractions occidentales et ne parlent pas français;
- 3) celles qui parlent français et ne recherchent pas les distractions de type occidental;
- 4) celles qui parlent français et partagent les modèles occidentaux.

Contrairement aux attentes, les résultats aux quatre échelles psychologiques du groupe rural et du groupe urbain ne présentent pas de différences significatives. Ils ne confirment donc pas l'hypothèse très couramment répandue d'un *stress de l'acculturation* qui exposerait les populations migrantes du milieu traditionnel villageois en ville à un risque élevé d'exposition à la pathologie physique et mentale.

Dans la discussion comparative de leurs résultats avec d'autres travaux en Afrique et ailleurs, BEISER et COLLOMB (1981) soulignent quelques points qui nous paraissent intéressants. Ils relativisent d'abord une représentation trop simple (mais qui a la vie dure) opposant un milieu traditionnel villageois protecteur à un environnement urbain générateur de stress. Les conditions écologiques, sociales et sanitaires en milieu rural sereer marqué par la forte prévalence d'affections diverses telles que le paludisme, les anémies, des taux de mortalité néo-natale et infantile élevés, une surexploitation des sols et un poids démographique élevés sont sans doute moins confortables et apaisantes qu'une vision idéalisante du monde villageois voudrait le faire croire.

Les études de cas complémentaires menées en 1975 auprès des sujets du même groupe urbain ont montré que c'est moins le changement en soi que les conditions sociales et politiques contextuelles, le degré d'ouverture, de réceptivité de la société d'accueil du migrant, qui modifient les choses ainsi que les ressources personnelles que l'individu transporte en se déplaçant. La situation à laquelle est confrontée le Sereer venant à Dakar dans le quartier Ben Tally où il se retrouve entre «pays», où il peut adhérer à l'association des originaires de sa région (*le Sine*) qui le confortera dans son identité culturelle, étayage précieux dans la problématique du changement qu'il devra négocier, sans compter le secours matériel et juridique que l'association peut lui apporter en cas de besoin, les liens réguliers avec le village sont autant de conditions d'adaptation dans le contexte national d'un pays où il existe une tradition relativement ancienne de cohabitation en bonne intelligence d'ethnie différentes. Ces conditions, qui ne sont certes pas sans présenter des difficultés souvent dramatiques, ne sont sans doute guère comparables avec celles que rencontrent les migrants zulu par exemple dans le contexte de l'apartheid sud-africain (ou l'hypothèse classique du stress d'acculturation semble plus clairement illustrée).

Quant aux ressources personnelles dont l'individu est porteur, elles relèvent de registres différents et jouent dans une situation caractérisée par une pénurie de possibilités de réalisation et de réussite. Si la pratique répandue dans de nombreuses sociétés africaines de confier les enfants pour la poursuite de leur éducation traditionnelle (voire maintenant pour leur scolarité moderne) à des parents ou alliés, pratique qui constitue une expérience précoce de la socialisation en dehors du milieu familial étroit peut être de nature à les préparer aux futures migrations (d'ailleurs généralement décidées au sein d'un consensus familial), l'accès différentiel à la scolarisation selon qu'on est un garçon ou une fille est de nature à déterminer la question de la migration de façon sensible différente pour le jeune homme et pour la jeune fille, ainsi que celle de leur adaptation plus ou moins harmonieuse au changement.

Les auteurs identifient au moins trois modèles d'adaptation à un nouvel environnement,

compatible avec un bon équilibre mental. Le premier, le style d'adaptation dit de la tortue (transportant partout sa carapace protectrice) fonctionne au moins pour des séjours brefs. C'est un mode assez souvent rencontré parmi les jeunes filles qui viennent s'employer en ville comme personnel de maison. Ces jeunes femmes, rarement scolarisées, emportent avec elles une structure psycho-culturelle close protectrice qui peut leur permettre généralement de traverser sans trop de problème cette parenthèse citadine (de quelques années au plus) avant de rentrer se marier au pays. Ce style adaptatif, s'il est viable à court terme pour de nombreuses jeunes femmes (et on peut penser qu'il le sera de moins en moins), il l'est beaucoup plus rarement chez les jeunes hommes en quête de travail en raison de la situation sur le marché de l'emploi et de la longueur de leur séjour urbain.

Une seconde modalité d'adaptation correspond au style des assimilés : les néo-citadins installés, ayant adopté les valeurs urbaines. Ce stade correspond généralement à une seconde migration intra-urbaine (ou péri-urbaine) du quartier de Ben Tally par exemple, vers Pikine <sup>(1)</sup>, et à l'adoption de valeurs nouvelles (ambition personnelle, promotion individuelle) qui cohabitent plus ou moins harmonieusement avec les valeurs traditionnelles qui ne sont plus inconditionnellement partagées, et si les liens sont gardés avec le village ceux-ci se font plus occasionnels.

Le troisième style, le plus élaboré et le plus rare, est celui des vrais bi-culturés se mouvant harmonieusement entre deux cultures et incorporant les éléments qui leur sont utiles à long terme : ce sont ces hommes à 150% selon l'expression de l'anthropologue américain Mc Fee (1968).

Les données de cette étude épidémiologique et celles qui ressortent des études de cas, en congruence avec d'autres recherches menées ailleurs, tendent à montrer qu'il existe une relation entre l'importance des aspirations, des attentes dont sont porteurs les sujets s'engageant dans un processus migratoires en quête de travail à la ville, l'absence de moyens pour atteindre celles-ci et la détresse psychologique se soldant par des manifestations pathologiques. Si cette conclusion dans sa formulation peut paraître assez triviale, l'étude qui la soutient à toutefois à nos yeux le mérite de :

- 1) montrer concrètement les difficultés d'une enquête épidémiologique portant sur une telle question aux implications multiples;
- 2) souligner la nécessité de contextualiser très précisément les conditions de sa recherche et la population étudiée (qu'en serait-il d'une enquête de même type portant sur les Joola de Pikine ?);
- 3) souligner également la nécessité de prendre en compte la dimension temporelle, l'histoire singulière, plus ou moins longue de chaque sujet dans son processus d'acculturation. Ce dernier point faisant ressortir l'importance d'une approche clinique conjointe venant, par des études de cas et des histoires de vie, mettre en perspective et donner sens aux données quantifiées dégagées par la méthodologie épidémiologique.

---

(1) On se reportera ici notamment aux travaux de géographes de l'ORSTOM sur Pikine : Marc VERNIERE, et Gérard SALEM.

## BIBLIOGRAPHIE

### AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

1983 DSM-III. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. - Paris, New York : Masson

### BASTIDE Roger

1965. *Sociologie des maladies mentales* - Paris : Flammarion, 314 p. (Nouvelle Bibliothèque Scientifique). Rééd. en coll. de poche 1977 : Champs 21

### BASTIDE Roger et RAVEAU François

1971. «Epidémiologie des maladies mentales», *E.M.C., Psychiatrie*, 37878, A10 : 1-8

### BEISER Morton et COLLOMB Henri

1981. «Mastering Change : Epidemiological And Case studies in Senegal, West Africa». *Am. J. Psychiatry*, 138, 4 : 455-459

### BEISER Morton, BENFARI Robert C., COLLOMB Henri, RAVEL Jean-Louis

1976. «Measuring psychoneurotic behavior in cross-cultural surveys», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 163, 1 : 10-23.

### BEISER Morton, COLLOMB Henri, RAVEL Jean-Louis et NAFZIGER Calvin J.

1976. «Systemic blood pressure studies among the Serer of Senegal». *J. Chron. Dis*, 29, 6 : 371-380

### BENYOUSSEF A., CUTLER JL, BAYLET R., COLLOMB H., DIOP S., LACOMBE B., VAUGELADE J. et LEVINE A.

1973. «Santé, migration et urbanisation. Une étude collective au Sénégal». *Bull. Org. Mond. Santé*, 49 : 517- 537

### «CLINIQUES»

1986. *La querelle des diagnostics*. Paris : Navarin Ed. (Collection Cliniques).

### LEIGHTON Alexander H., LAMBO T. Adeoye, HUGHES Charles C., LEIGHTON Dorothea C., MURPHY Jane M., MACKLINE David B.

1963. *Psychiatric disorder among the Yoruba*. A Report from the Cornell-Aro Mental Health Research Project in the Western Region, Nigeria. Ithaca, New York : Cornell University Press, 413 p.

### WING J.K., COOPER JE et SARTORIUS N.

1974. *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. London : Cambridge University Press. Trad. fr. partielle : *Guide pour un examen psychiatrique*. Bruxelles : Pierre Mardaga ed. 1980